

学 生 健 康 調 査 票 ①

[看護学部生用]

記入日： 年 月 日

受験番号 ※5桁の場合は左詰め								※この欄には何も記入しないでください
学部・学科	看護学部 看護学科							
フリガナ								男・女
名前								

この調査票は、学生生活が健康で安全に送れるよう、適切な支援を行うために実施するものです。修学上の不利益を被ることはありません。健康管理の目的以外に使用しませんので、ご協力をお願いします。

1. これまでに、かかったことのある大きな病気やケガ（入院したり長期間服薬した等）、現在治療中（通院中）の病気がありましたら記入してください。

治療状況の確認のため、保健室から連絡をすることがあります。

病 名	発症年齢	現在の状況	投薬等の内容
	才	治療中・経過観察中・治癒	
	才	治療中・経過観察中・治癒	
	才	治療中・経過観察中・治癒	

2. 感染症の罹患歴

該当するところに✓をし、必要な個所を記入してください。

感染症名		罹患歴（かかったことがありますか？） 年齢はわかる範囲で記入してください	
麻疹（はしか）		☐ あり（ ）才時	☐ な し- 不明
風疹（三日ばしか）		☐ あり（ ）才時	☐ な し- 不明
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		☐ あり（ ）才時	☐ な し- 不明
水痘（水ぼうそう）		☐ あり（ ）才時	☐ な し- 不明
その他		☐ あり（ ）才時	
		☐ あり（ ）才時	

裏面に続く→

3. 大学生活を送るうえで、伝えておきたい事項がありましたら記入してください。

例) 気になる自覚症状(めまい・頭痛等)、治療中の病気で心配な点、食品や薬のアレルギー、運動制限等生活上での配慮が必要なこと、心の健康に関すること、障害や合理的配慮に関すること 等

4. 相談を希望される方は、該当する項目にチェックしてください。

※入学後に相談支援センターより連絡いたします。

※修学上の配慮を希望する場合は、相談支援センターでの面談が必要となります。

☐ からだ・心の健康に関して相談したい

☐ 大学生活を送るうえで配慮が必要、障害等について相談したい

相談者連絡先: (TEL) _____ (本人・家族)

※なお、入学前に相談を希望される方は、下記までご連絡ください。

<連絡先> 平日 8:30~17:15

○健康面のこと ➡ 保健室

Tel: 083-253-8986

Mail: kenkousoudan@shimonoseki-cu.ac.jp

○支援や配慮のこと ➡ 相談支援センター

Tel: 083-253-8166 / 083-253-8919

Mail: soudan-center@shimonoseki-cu.ac.jp

学生健康調査票①②の問合せ先
下関市立大学 相談支援センター
保健室 TEL 083-253-8986

学生健康調査票 ②

受験番号

氏名

5. ワクチン接種歴について

予防接種（ワクチン）の接種日を母子手帳を見ながら記入してください。

母子手帳等コピー貼付欄には、「ワクチンの種類」「接種年月日」「メーカー/ロット」「接種者署名」「備考」の記載された行を切り取り、各ワクチンの欄にできるだけ入るようにしっかり貼り付けてください（別紙見本を参照）。紛失防止のため裏面に氏名を記入してください。

貼り方がわからない方は、母子手帳のコピーに受験番号・氏名を記載し本紙に貼らずに同封して送付してください。

ワクチンの種類	ワクチン接種日 (西暦)	母子手帳等コピー貼付欄 ☐ 母子手帳等なし
麻しん(はしか)	年 月 日	「麻疹」「麻しん」と記載のある箇所(行)を貼る
	年 月 日	
	年 月 日	
風しん(三日ばしか)	年 月 日	「風疹」「風しん」と記載のある箇所(行)を貼る
	年 月 日	
	年 月 日	
MR(麻疹・風疹混合)	年 月 日	「MR」と記載のある箇所(行)を貼る
	年 月 日	
	年 月 日	
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	年 月 日	「おたふく」「ムンプス」と記載のある箇所(行)を貼る
	年 月 日	
	年 月 日	
水痘(みずぼうそう)	年 月 日	「水痘」と記載のある箇所(行)を貼る
	年 月 日	
	年 月 日	
B型肝炎	年 月 日	「HB」と記載のある箇所(行)を貼る
	年 月 日	
	年 月 日	
BCG	年 月 日	「BCG」の記載のある箇所(行)を貼る
	年 月 日	
	年 月 日	

※MRは麻しん・風しん混合ワクチンです。ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチン(DPT)とは異なります。

【大学記載欄】

麻疹 ☐ あり	風疹 ☐ あり	おたふく ☐ あり	水痘 ☐ あり	HB ☐ あり
☐ 2回以上	☐ 2回以上	☐ 2回以上	☐ 2回以上	☐ 3回・抗体価陽性
☐ 1回	☐ 1回	☐ 1回	☐ 1回	☐ 3回・抗体検査未受検
☐ 0回・不明・紛失	☐ 0回・不明・紛失	☐ 0回・不明・紛失	☐ 0回・不明・紛失	☐ 2回 ☐ 1回
				☐ 0回・不明・紛失

学生健康調査票 ②(見本)

受験番号

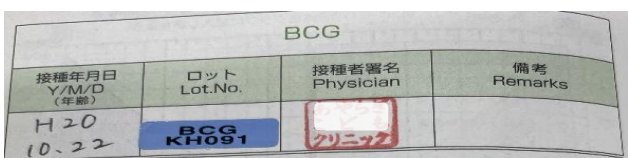
氏名

5. ワクチン接種歴について

見 本

※貼り方の参考にしてください

※本紙には回答しないでください(提出不要)

ワクチンの種類	ワクチン接種日 (西暦)	母子手帳等コピー貼付欄 ☐ 母子手帳等なし
麻疹(はしか)	年 月 日	「麻疹」「麻しん」と記載のある箇所(行)を貼る
	年 月 日	
	年 月 日	
風しん(三日ばしか)	年 月 日	「風疹」「風しん」と記載のある箇所(行)を貼る 紛失防止のため裏面に氏名を記入して貼ってください
	年 月 日	
	年 月 日	
MR(麻疹・風疹混合)	2009 年 7 月 14 日	「MR」と記載のある箇所(行)を貼る (見本) 
	2014 年 4 月 15 日	
	年 月 日	
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	年 月 日	「おたふく」「ムンプス」と記載のある箇所(行)を貼る
	年 月 日	
	年 月 日	
水痘(みずぼうそう)	年 月 日	「水痘」と記載のある箇所(行)を貼る
	年 月 日	
	年 月 日	
B型肝炎	年 月 日	「HB」と記載のある箇所(行)を貼る
	年 月 日	
	年 月 日	
BCG	2008 年 10 月 22 日	「BCG」の記載のある箇所(行)を貼る (見本) 
	年 月 日	
	年 月 日	

※MRは麻疹・風疹混合ワクチンです。ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合ワクチン(DPT)とは異なります。

【大学記載欄】

麻疹 ☐ あり	風疹 ☐ あり	おたふく ☐ あり	水痘 ☐ あり	HB ☐ あり
☐ 2回以上	☐ 2回以上	☐ 2回以上	☐ 2回以上	☐ 3回・抗体価陽転済
☐ 1回	☐ 1回	☐ 1回	☐ 1回	☐ 3回・抗体検査未受検
☐ 0回・不明・紛失	☐ 0回・不明・紛失	☐ 0回・不明・紛失	☐ 0回・不明・紛失	☐ 2回 ☐ 1回
				☐ 0回・不明・紛失